HOSPITAL
NIPO-BRASILEIRO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____
_____, portador(a) do RG _____
foi submetido(a) a exame de _____, das _____ às _____,
_____ de _____ de _____, acompanhado(a) por _____
_____,
portador(a) do RG _____ e _____
_____, portador(a) do RG _____.

_____

Assinatura e carimbo do médico responsável